

Denver Family Therapy Center, Inc.
Información del cliente

DX _____
(oficina solamente)

Nombre de cliente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Sexo: M F

Dirección: _____ Apto. _____

Cuidad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Seguro social: ____ - ____ - ____

Estado civil: S C D V Nombre de esposo/a: _____

Padres: Padre: _____ Madre: _____
(si cliente es menor de edad) Madrastra: _____ Padrastro: _____

Por favor explique el arreglo de custodia (si se aplica): _____

Nombre de padre/madre que no tiene custodia: _____

Dirección: _____ Cuidad, Edo., Código: _____

Teléfonos:	¿De quién?	¿Está bien llamar?		¿Está bien dejar mensaje?	
Casa: _____	_____	Sí	No	Sí	No
Casa: _____	_____	Sí	No	Sí	No
Trabajo: _____	_____	Sí	No	Sí	No
Trabajo: _____	_____	Sí	No	Sí	No
Celular: _____	_____	Sí	No	Sí	No
Celular: _____	_____	Sí	No	Sí	No

Dirección adonde podemos enviar información (si es diferente a la de arriba): _____

INFORMACION de COBERTURA MEDICA (Todas cuentas se enviarán a la persona principal del plan de seguro)

Persona principal nombrada en el plan de seguro médico: _____

Fecha de nacimiento: _____ Relación al cliente: _____

Dirección: _____

Cuidad, Estado, Código Postal: _____

Seguro social de persona asegurada: ____ - ____ - ____ Empleador: _____

Compañía de seguro: _____ Teléfono: _____

Número de grupo: _____ Número de identificación: _____

POR FAVOR LEA Y FIRMA LO SIGUIENTE

CONSENTIMIENTO PARA UTILIZAR O COMPARTIR INFORMACION PARA EL TRATAMIENTO, LA FACTURACION, Y/O LAS OPERACIONES DEL CUIDADO MEDICO:

Persona u organización a quien se otorga este Consentimiento:

DENVER FAMILY THERAPY CENTER, Inc.
4891 Independence St., #165
Wheat Ridge, CO 80033

Terapeuta: _____

Las leyes federales nos permiten utilizar o compartir información protegida de salud de su archivo médico para proveerle tratamiento, obtener pago para los servicios otorgados, y para otras actividades nombradas "operaciones del cuidado medico" (por ejemplo, las actividades que tienen que ver con las mejoras en la calidad del servicio).

Con este consentimiento, le pedimos hacer explícito este permiso. Al firmar este consentimiento, usted nos da permiso para utilizar o compartir su información de salud para estos propósitos.

Estos usos y revelaciones se describen en más detalle en nuestra publicación Aviso de Prácticas de Privacidad. Usted tiene el derecho de revisar esa publicación antes de firmar este consentimiento. Mantenemos el derecho de revisar nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad en cualquier momento. Si ése es el caso, la versión revisada será disponible en nuestra sala de espera. Usted puede pedir una copia por escrito de el Aviso en cualquier momento.

Usted puede pedir restringir el uso y la revelación de cierta información de su archivo que podría ser utilizada para el tratamiento, pago o por las operaciones médicas. Sin embargo, no tenemos que ponernos de acuerdo con estas restricciones. Si nos ponemos de acuerdo acerca de una restricción, ese acuerdo es definitivo.

Usted puede revocar este consentimiento en cualquier momento aclarándolo por escrito. Tal revocación no tendrá impacto en ninguna acción tomada antes de la revocación del consentimiento.

Este consentimiento es voluntario; usted puede negarse a firmarlo. Sin embargo, nosotros podemos negarnos a proveerle servicios si no nos permite este consentimiento, o si en otro momento lo revoca.

Yo doy mi permiso para utilizar o compartir información médica protegida como se describe arriba.

Firma del cliente o representante personal

Fecha

Relación del representante personal al cliente: _____

AUTORIZACION DEL ASIGNO DE BENEFICIOS Y POLIZAS FINANCIERAS Y DE FACTURACION DEL CENTRO DE TERAPIA FAMILIAR DE DENVER:

Por favor lea y escriba sus iniciales.

____ Yo autorizo el pago directo de pagos de mi compañía de seguro al Centro de Terapia Familiar de Denver por los servicios otorgados.

____ Se entiende que la persona responsable debe obtener un número de autorización antes de la primera sesión dependiendo de la póliza de seguro, en otro caso se entiende que la persona responsable acepta la responsabilidad por el costo total de los servicios otorgados.

____ Por la psicoterapia ofrecida en la oficina o en el hogar, las consultas médicas, las evaluaciones psiquiátricas, y otros servicios profesionales, se espera el pago en el momento en que se provee el servicio, si no se ha acordado otra cosa. Acepto responsabilidad por todos los cobros por servicios profesionales otorgados para ayudar al cliente identificado, incluyendo todos los cobros no pagados (tales como co-pagos, deducibles, co-seguros, o servicios colaterales) por mi compañía de seguro, si otro arreglo no se ha acordado por avanzado.

____ Comprendo que yo seré responsable por todas las citas faltadas sin una llamada de cancelación con 24 horas de anticipación.

____ Comprendo que el Centro de Terapia Familiar de Denver no factura a las compañías secundarias de seguro, y que yo seré responsable por todos los pago después de que haya pagado la compañía de seguros principal.

____ Comprendo que todo cheque que se paga al Centro de Terapia Familiar de Denver que el banco devuelve por falta de fondos, incluirá un cobro del Centro de Terapia Familiar de Denver.

____ Comprendo que si cambio de dirección, número de teléfono, compañía de seguro, u otra información pertinente, yo notificaré al Centro de Terapia Familiar de Denver lo más pronto posible.

____ Comprendo que si cambio de compañía de seguros y no notifico al Centro de Terapia Familiar de Denver, yo seré responsable por pagar todos los servicios profesionales otorgados.

Mi firma abajo significa que comprendo las normas financieras y de facturación del Centro de Terapia Familiar de Denver y que soy responsable económicamente por todos los servicios otorgados. Yo seré responsable por cualquier costo por multas de colección, pagos a abogados, y/o costos de corte asociados con la colección de mi cuenta.

Firma de cliente

Fecha

Firma de persona responsable

Fecha

PARA PAGAR CON TARJETA DE CREDITO

Esta tarjeta es una: tarjeta de tarjeta de tarjeta de
 débito crédito gastos flexibles

(por favor circule uno)

NUMERO DE TARJETA DE CREDITO

FECHA DE VENCIMIENTO ___ ___ / ___ ___

MONTO QUE UD. PLANEA PAGAR \$ _____.

CODIGO DE SEGURIDAD (SE ENCUENTRA DETRÁS DE LA TARJETA) ___ ___ ___

IMPRIMA SU NOMBRE QOMO SE ENCUENTRA EN LA TARJETA

DIRECCION Y CODIGO POSTAL ADONDE SE ENVIA EL BIL DE LA TARJETA

Autorizo a DENVER FAMILY THERAPY CENTER, INC. cobrar mi cuenta.

Firma del dueño de la tarjeta

Fecha

Por favor mantenga el número de mi tarjeta de crédito en mi archivo.

_____ Cobre mi tarjeta cada vez que visito, o automáticamente.

_____ Cobre mi tarjeta esta única vez solamente

_____ Cobre mi tarjeta solamente cuando específicamente lo indico en la hoja amarilla de recepción antes de la cita.

ESTE AVISO DESCRIBE COMO SE PUEDE UTILIZAR Y/O DIVULGAR SU INFORMACION MEDICA, Y COMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACION. POR FAVOR REVISALO CON CUIDADO.

Este aviso se actualizó el 7-1-07.

La ley nos requiere mantener la privacidad de información protegida de salud, y debemos informarle de nuestras prácticas de privacidad y deberes legales. Usted tiene el derecho de recibir una copia escrita de este aviso si lo pide.

La ley nos requiere cumplir con los términos del Aviso de Prácticas de Privacidad más reciente. Mantenemos el derecho de cambiar los términos de este Aviso en cualquier momento. Cualquier cambio se aplicará a toda la información protegida que mantenemos. El aviso revisado será disponible en la sala de espera y en nuestro sitio de red. Usted puede pedir una copia del aviso revisado en cualquier momento.

Hemos designado un oficial de la privacidad para contestar sus preguntas acerca de la privacidad y para asegurar que cumplamos con las leyes y normas aplicables. El Oficial de la Privacidad también puede oír sus quejas e informarle en cómo se puede presentar una queja.

Nuestro Oficial de la Privacidad es David Blair, LCSW. Usted se puede comunicar con el Oficial de la Privacidad llamando al 303-456-0600 ext. 122.

Uso y revelación de su información de salud protegida que podemos hacer para llevar a cabo el tratamiento, pago, u operaciones de salud.

Podemos utilizar la información en su archivo para proveerle tratamiento. También podemos divulgar información de su archivo para ayudarle a obtener servicios de otro proveedor especialista, por ejemplo un hospital. Por ejemplo, si queremos obtener una opinión acerca de su condición de un especialista, podemos divulgar información a ese especialista con el fin de obtener esa consulta.

Podemos utilizar o divulgar información de su archivo de salud para obtener pago por los servicios que usted recibe. Por ejemplo, podemos remitir un diagnóstico con su reclamación al seguro para demostrar al seguro que se debe cubrir el costo de los servicios.

Podemos utilizar o divulgar información de su archivo para las “operaciones de servicios de salud.” Estas operaciones pueden incluir actividades como revisar los archivos para investigar cómo podemos mejorar los servicios de cuidado, comunicarnos con usted para avisarle de sus opciones de tratamiento, y coordinar el cuidado con otros proveedores. Por ejemplo, podemos utilizar su información de salud para entrenar a nuestro personal en cómo tratar su condición.

Sus derechos

Usted puede pedirnos restringir el uso y la divulgación de cierta información de salud que de otra forma se pudieran permitir. Sin embargo, no tenemos que aprobar estas restricciones.

Usted tiene el derecho de recibir comunicaciones confidenciales de nuestra parte. Por ejemplo,

si usted desea recibir las facturas u otro correo en una dirección postal alternativa, por favor avísenos.

Usted tiene el derecho de inspeccionar la información en su archivo, y puede obtener una copia escrita. Esto puede incurrir ciertas limitaciones o cuotas. Su pedido debe ser por escrito.

Si usted cree que la información en su archivo es incompleta o incorrecta, usted puede pedir enmendar la información. Usted debe proveer información suficiente para respaldar su pedido de enmienda. Su pedido debe ser por escrito.

Usted tiene el derecho de pedir una contabilidad de ciertas divulgaciones hechas por nosotros.

Usted tiene el derecho de hacer una queja sobre nuestras prácticas de privacidad (incluyendo acciones por parte de nuestro personal con respeto a la privacidad de su información de salud). Usted tiene el derecho de quejar al Departamento de Servicios Humanos respecto a nuestras prácticas de privacidad. No habrá represalias de nuestra parte por tal queja.

Menos como se describe en este Aviso, no podemos utilizar o divulgar información de su archivo si usted no nos da autorización por escrito. Usted puede revocar una autorización en cualquier momento, pero esto no afectará revelaciones hechas antes de la fecha de la revocación. Adicionalmente, si la autorización fue obtenida como condición de obtener seguro médico, la compañía de seguros puede tener el derecho de refutar la póliza o reclamación bajo la póliza inclusive si usted revoca la autorización.

Uso o revelación de su información protegida de salud que la ley nos requiere hacer sin su permiso

Bajo ciertas circunstancias, la ley nos requiere divulgar cierta información. Por ejemplo, la ley estatal nos requiere reportar sospechas de abuso o negligencia infantil. También, debemos revelar información al Departamento de Salud y Servicios Humanos, si se nos pide, para probar que estamos cumpliendo con las normas que mantienen la privacidad de su información de salud.

Uso o revelación de su información protegida de salud que podemos hacer sin su permiso

Existen ciertas situaciones en las cuales podemos divulgar información de su archivo sin su permiso. En estas situaciones, debemos utilizar nuestro cálculo profesional antes de divulgar información suya. Por lo general, debemos determinar que la divulgación está en sus mejores intereses, y puede correr ciertas normas y limitaciones.

Si usted recibe cuidado de salud mental, incluyendo tratamiento para el abuso de las sustancias, la información con respecto a ese tratamiento puede ser más protegida que otras formas de información de salud. Las comunicaciones entre psicoterapeuta y cliente durante la sesión son privilegiadas y no se pueden divulgar sin su permiso, excepto cuando se requiere por ley. Por ejemplo, los psicoterapeutas deben reportar el abuso o la negligencia infantil, y pueden divulgar información confidencial si usted propone un riesgo inminente a sí mismo o a otras personas, para disminuir el riesgo hacia sí mismo o hacia otras personas.

Podemos utilizar o divulgar información de su archivo si creemos que sea necesario para prevenir o disminuir una amenaza seria o inminente hacia la seguridad de un individual o el público. Podemos reportar sospechas de abuso o negligencia infantil o violencia domestica con respecto a adultos o personas discapacitadas.

Si usted nos dice que ha cometido un crimen violento que causó daño serio a una víctima, es posible que divulguemos esa información a los oficiales de la policía. Sin embargo, si usted revela esta información durante de una sesión de psicoterapia, o bajo el curso de tratamiento por tal comportamiento, es posible que no divulguemos la información.

Podemos utilizar o revelar información de su archivo con el propósito de la investigación científica solamente con su consentimiento.